


459443
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01/12/1	4-Data de Autorização 12/6/10/1/12/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8219332	7-Data Validade da Senha 12/11/01/12/1
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202533479400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME BARCELLOS VANDAM		14-Teléfono (11) -	15-Nome do titular do plano HELLEN DOS SANTOS GOMES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante INTEGRALY ODONTOLOGIA & SAUDE INTEGRADA	18-Número no CRO 19924	19-UF RS	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 81411243587	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO	23-Número no CRO 19924	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200140-15
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA VILLELA LAURINDO		27-Número no CRO 19924	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00			12/6/10/1/12/1		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/6/10/1/12/1	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 333,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custosprevisto em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/10/1/12/1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/10/1/12/1 Dra. Flávia Villela Doutora em Endodontia CRO-RS 19924	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/6/10/1/12/1	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------